UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 412

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'HÉMATOCÈLE DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1901

PAR

Etienne PAISSERAN

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. JEANNEL, ✪ I, *Président.*
VIEUSSE, ✱
AUDEBERT } *Assesseurs*
BAUBY

TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1

—

1901

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 412

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'HÉMATOCÈLE DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1901

PAR

Etienne PAISSERAN

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. JEANNEL, ✠ I, *Président.*
VIEUSSE, ✲
AUDEBERT
BAUBY
Assesseurs

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1
—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET, ✪ I.
Assesseur		FREBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, ✪ I.
Histologie normale		TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie		ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique		TAPIE, ✪ I
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire		LABEDA, ✪ I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène		GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale		CAUBET, ✲, ✪ I. MOSSE, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale		CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie		DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale		BRAEMER, ✪ I.
Histoire naturelle		LAMIC, ✪ A.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE, ✪ A.
Chimie		GÉRARD.
Histoire naturelle		SUIS.
Médecine légale		GUILHEM.
Bactériologie		MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants		BÉZY, ✪ A.
Clinique ophtalmologique		VIEUSSE, ✲.
Hydrologie		GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale		MAUREL, ✪, ✲, ✪ A.
Obstétrique aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY. CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ.
Physiologie		BARDIER, ✪ A.
Chimie		GÉRARD.
Physique		N
Pharmacie		N.
Secrétaire de la Faculté	M.	CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRÈRE

A M. le Docteur PÉRIÈS

Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Montauban

A M. le Docteur BAUBY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANNEL

Professeur de Clinique chirurgicale

PRÉFACE

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons le devoir de remercier tous nos maîtres pour les savantes leçons qu'ils nous ont prodiguées.

M. le Professeur agrégé Bauby nous a, en maintes circonstances, témoigné beaucoup de sympathie, et c'est à lui que nous devons l'idée de notre thèse. Dans notre travail il nous a secondé de ses savants conseils ; et, c'est pour nous un agréable devoir que de lui exprimer toute notre reconnaissance.

Nous avons passé quelque temps dans les services de MM. les Professeurs Chalot, Crouzat et Mossé, qui nous ont toujours fait un excellent accueil. A tous nous disons merci.

Nous conserverons un souvenir toujours vivace des quinze mois que nous avons passés comme interne à l'Asile d'Aliénés de Montauban : Durant ce temps, M. le Docteur Périès a été pour nous un guide éclairé qui a su rendre attrayante notre initiation à la médecine de l'esprit. Il nous a

toujours manifesté une affectueuse bienveillance, et il nous sera difficile d'acquitter envers lui notre dette de reconnaissance.

M. le Professeur Jeannel, qui a été notre premier maître dans les Hôpitaux, a bien voulu accepter la Présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait.

PLAN

CHAP. I. — Définition de l'hématocèle funiculaire. Historique.

CHAP. II. — Observations.

CHAP. III. — Etiologie. Pathogénie.

CHAP. IV. — Symptomatologie.

CHAP. V. — Diagnostic.

CHAP. VI. — Traitement.

CHAP. VII. — Conclusions.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546521_0046

DÉFINITION DE L'HÉMATOCÈLE FUNICULAIRE

HISTORIQUE

Les différents éléments du cordon spermatique, canal déférent, artères, veines lymphatiques et nerfs qui sont réunis les uns aux autres par du tissu cellulaire très lâche, sont entourés d'une tunique fibreuse qui leur est commune avec le testicule et qui n'est autre que l'expansion de l'aponévrose du grand oblique.

Lorsque les vaisseaux du cordon ont été rompus, sans que ni les téguments, ni la tunique fibreuse soient déchirés, le sang s'épanche dans la gaine commune au cordon et au testicule et peut former une tumeur ; c'est ce qu'on appelle l'hématocèle funiculaire.

Les exemples d'hématocèles funiculaires ne sont pas très communs. Percival Pott semble avoir été un des premiers à reconnaître la nature exacte de cette affection, qu'il définit ainsi dans ses *Œuvres chirurgicales*, traduites par M*** (1777) : « L'hématocèle funiculaire est une enflure du cordon spermatique qui est occasionnée par le sang épanché dans la

tunique commune qui enveloppe les vaisseaux spermatiques. Cette espèce d'hématocèle vient de la rupture d'une branche de la veine spermatique entre l'aine et le scrotum, dans la partie qu'on connaît généralement sous le nom de cordon spermatique. »

Curling, dans son ouvrage *Maladies du testicule,* traduit de l'anglais par Gosselin, 1857, rapporte une observation de Bowman et consacre quelques pages à l'hématocèle du cordon spermatique. Il ajoute peu de chose aux idées de Pott. Cependant, il signale l'hématocèle enkystée du cordon et il décrit cette dernière affection à propos de deux pièces anatomiques qui appartiennent, l'une au musée Saint-Barthélemy, l'autre au musée de Hunter.

La pathogénie de l'hématocèle funiculaire a été étudiée par Kocher (*In* Pitha et Billroth, *Handbuch der allgemeinen und speciellen,* chir., t. III, p. 43), qui a essayé de produire expérimentalement des tumeurs ayant les caractères extérieurs de l'hématocèle funiculaire en injectant de la gélatine dans le cordon. Nous parlerons plus loin de ces expériences.

En France, en raison de sa rareté, cette affection a été aussi très peu étudiée. Malaigne (*Des tumeurs du cordon spermatique.* Thèse d'agrégation, 1848), a cherché à connaître l'origine du sang des hématocèles funiculaires et l'a attribuée à la rupture de l'une des artères du cordon, en reprochant à Pott d'avoir considéré l'hématoeèle du cordon comme due à la rupture de l'une des veines spermatiques et d'avoir émis cette assertion sans preuves. Malaigne, d'ailleurs, ne fournit pas la preuve qu'il demande à Pott.

Dans les *Archives générales de Médecine* de mars 1831, Béraud a publié un travail appuyé sur quelques observations d'hématocèle du cordon.

Nous avons encore rencontré un certain nombre d'observations analogues, soit dans des travaux spéciaux : Thèse de Baseil, *De l'hématome du scrotum*, Nancy, 1890; Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, soit dans les ouvrages classiques, tels que : Monod et Terrillon, *Maladies du testicule et de ses annexes*, 1889 ; Follin et Duplay, *Pathologie externe*, t. VII, 1874 ; *Traité de chirurgie* publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2e édition ; *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Voies spermatiques*. Mais nulle part nous n'avons trouvé sur cette question une étude d'ensemble. C'est ce travail que nous allons entreprendre. Il nous a paru, en effet, qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à étudier certains points un peu obscurs de cette question, de préciser la nature, les causes et le mécanisme de l'hématocèle funiculaire, d'en étudier les caractères pour la distinguer des affections avec laquelle on a pu la confondre, enfin, d'en apprécier le pronostic et les considérations thérapeutiques.

Dans sa communication, Béraud a donné une classification des hématocèles du cordon qui est encore admise de nos jours. Il distingue l'*hématocèle diffuse ou par infiltration* et l'*hématocèle collectée ou par épanchement*. Ces deux formes d'hématocèles diffèrent en ce que, « dans la première, le sang pénètre dans les mailles du tissu conjonctif du cordon, tandis que dans la seconde il se creuse une cavité.

Mais ces deux formes se combinent et la distinction est sans importance (Reclus. *In* Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*). »

Il n'est pas possible, en effet, de diagnostiquer l'hématocèle diffuse de l'hématocèle par épanchement, car les signes cliniques sont les mêmes. Aussi réunirons-nous dans notre étude ces deux variétés d'hématocèles.

Il existe encore d'autres variétés d'hématocèles que nous n'étudierons pas. L'hématocèle funiculaire, en effet, est quelquefois précédée par une hydrocèle enkystée du cordon, et à l'épanchement séreux succède l'épanchement sanguin. « Là, comme dans l'hématocèle de la vaginale, il s'agit d'une inflammation pseudo-membraneuse avec rupture des fausses membranes et des vaisseaux qu'elles renferment. — Daniel Mollière. *Dictionnaire des Sciences médicales*, article : *Voies spermatiques.*» Curling, Béraud, Cabaret ont rapporté des observations d'hématocèles ayant succédé à des kystes du cordon.

A coté des épanchements sanguins qui se font dans la gaine du cordon, il convient, pour le diagnostic ultérieur, de signaler *les hématomes situés hors de cette gaine*, avec ou sans rupture de cette dernière. Cette variété d'hématocèle a été bien étudiée par Baseil (*De l'hématome du scrotum*, thèse de Nancy, 1890).

OBSERVATIONS

Nous croyons devoir placer ici les deux observations d'hématocèle funiculaire qui font l'objet de notre travail, et que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Bauby, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, ainsi que celles que nous avons pu recueillir sur le même sujet. C'est en effet l'étude de ces observations qui nous permettra de décrire l'étiologie, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic et le traitement de l'hématocèle du cordon.

OBSERVATION I

Hématocèle funiculaire par effort.

(Percival Pott, *Œuvres chirurgicales*, traduites par M. ***, 1777, t.I I, p. 161.

Un journalier qui était tombé dans la rue, portant un fardeau sur le dos, vit aussitôt apparaître une tumeur qui occupait tout le cordon spermatique. L'apparence de la tumeur, la manière subite dont elle s'était formée et cette circonstance

accidentelle, savoir : la suppression des selles pendant deux jours firent croire à une hernie étranglée qu'on essaya de réduire, mais sans succès. On fit alors l'ouverture de la tumeur. Elle ne fut pas plus tôt faite qu'il s'écoula une grande quantité de sang et que la tumeur s'affaissa, laissant le cordon spermatique absolument libre et ne renfermant ni intestin, ni épiploon. On fit des recherches pour trouver « la crevasse d'où le sang sortait, mais on n'en put découvrir aucune ». Le malade fut pansé et se rétablit peu de temps après l'opération.

OBSERVATION II

Hématocèle funiculaire par effort.

(Percival Pott, *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 163).

Un jeune garçon, faisant des efforts pour rendre des excréments durs, sentit une douleur subite dans l'aine gauche et, en examinant cette partie, il y découvrit une tumeur, qui fut prise tout d'abord pour une hernie et qu'on essaya, mais en vain, de réduire. On fit porter un bandage au malade, on appliqua des cataplasmes sur la tumeur, qui resta douloureuse et qui ne diminua pas de volume. Comme on percevait de la fluctuation, on pensa que du sang s'était amassé dans le sac d'une hernie épiploïque. On fit alors une ponction avec une lancette et il sortit par l'ouverture pratiquée quelques onces de sang. Mais comme du sang continuait à s'écouler par la piqûre de la lancette, qui ne se referma pas, on ouvrit la tumeur et on put se convaincre que le sang venait du cordon spermatique. Comme on ne put pas parvenir à arrêter l'hémorrhagie, la castration parut être l'unique remède, et elle fut aussitôt exécutée.

OBSERVATION III

Hématocèle funiculaire par effort.

(Percival Pott, *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 165).

Un homme vit apparaitre subitement une tumeur à la partie supérieure du scrotum du côté droit, dans le moment où il soulevait un poids considérable. Depuis l'aine jusqu'au testicule, le cordon spermatique était tuméfié. Il n'y avait aucun symptôme de hernie. On pensa que la tumeur était produite par « un amas de sang, épanché dans la tunique commune et venant d'une ramification d'une veine spermatique variqueuse ».

On ouvrit la tumeur, on ne découvrit « aucune crevasse particulière ». La plaie fut pansée et le malade se rétablit sans aucun retour d'hémorrhagie.

OBSERVATION IV

Hématocèle funiculaire après arrachement du testicule.

(Béraud, *Archives générales de médecine*, 1851, t. XXV, p. 297).

Pierre N..., âgé de 32 ans, tailleur, entré à l'hôpital de la Charité (service de Velpeau), le 4 juillet 1848. Cet homme, qui est mal conformé, scrofuleux, ayant une ankylose du genou gauche à la suite de tumeur blanche, nous raconte qu'étant sur le point de se marier, il avait abandonné son ancienne

maîtresse. Celle-ci, jalouse, lui a tendu un piège auquel il s'est laissé prendre. Par ruse, elle feignit de bons sentiments et elle décida son amant à retourner encore une fois avec elle. Le jeune homme, confiant, se couche; aussitôt, cette femme, faisant semblant de badiner, l'enlace adroitemeut avec le drap de lit. Pendant que le malheureux se débat, sa cruelle maîtresse lui ouvre le scrotum du côté gauche, lui coupe un testicule et prend la fuite Aussitôt, N... ressent une douleur très vive dans l'aine, dans les lombes et l'anus Il parvient à se dégager des liens, il voit son sang couler, il cherche à l'arrêter et il trouve en même temps par terre un morceau de chair gros comme une noix, ne se doutant guère que c'était son testicule, et il le jette dans la rue. C'est dans cet état qu'il est venu à l'hôpital.

Il porte sur la partie externe et antérieure de la bourse gauche une plaie de 2 à 3 centimètres. On ne trouve plus de testicule et la tunique vaginale est remplie de caillots de sang. Mais ce qui a fixé principalement notre attention, c'est l'état du cordon. Il est très volumineux, dur, douloureux à la pression. Il se prolonge avec la même grosseur jusque dans le canal inguinal. On ne sent pas de crépitation. La peau n'a pas changé de couleur. L'hémorrhagie extérieure s'est arrêtée par une légère compression faite avec la charpie, introduite dans le fond de la plaie. Pas de réaction fébrile intense.

Le malade sort vers la fin de juillet avec la cicatrisation complète de la plaie de la bourse. La résolution de l'épanchement sanguin dans le cordon était faite depuis plusieurs jours

OBSERVATION V

Hématocèle funiculaire par effort, enkystée.

(*Revue des sciences médicales*, 1875, p. 281).

Un homme, à la suite d'un violent effort, avait vu se développer une tumeur de chaque côté du scrotum. Celle de droite, fort volumineuse, fut ponctionnée. Il s'écoula un gobelet de sang noir. Les deux cordons restèrent gonflés et une tumeur du volume d'un petit œuf de poule persista du côté droit.

Treize ans après, en novembre 1874, à la suite d'un effort considérable, cette tumeur devint extrêmement volumineuse, et comme elle ne diminuait pas, la castration fut pratiquée. On constate sur la pièce que le testicule et l'épidyme sont sains, le canal déférent est perméable. Les éléments des cordons sont dissociés et écartés par la tumeur, qui s'est développée au milieu d'eux. Elle se compose d'une enveloppe dont les parois ont 4 centimètres d'épaisseur, et d'une cavité renfermant un demi-verre de liquide citrin et sillonnée par des tractus fibrineux de date récente. Une couche brunâtre de matière colorante tapisse la paroi interne du kyste. Cette tumeur ainsi développée dans le tissu cellulaire du cordon se compose de lamelles superposées, constituées par des faisceaux de tissu élastiques, renfermant quelques fibres musculaires lisses.

L'auteur pense qu'un premier épanchement sanguin a déterminé l'irritation du tissu cellulaire qui s'est hyperplasié et a fini par former d'épaisses parois. En dernier lieu, une seconde hémorrhagie s'est faite dans l'intérieur de la tumeur primitive. Le malade est mort d'infection puru lente. Dans le

cordon gauche, on a trouvé un petit kyste contenant encore quelques traces d'épanchement sanguin récent.

OBSERVATION VI

Hématocèle funiculaire par effort.

Schwartz, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VII, p. 544, 1889.

Il s'agissait d'un malade porteur d'un gros varicocèle à gauche et atteint de bronchite aiguë ; pendant un effort de toux, il perçoit comme un craquement accompagné d'une vive douleur du côté de l'aine. Aussitôt après se manifeste une tuméfaction énorme de la région inguinale, du scrotum et de la région iliaque du même côté ; les deux mains appliquées à ce niveau constatèrent une fluctuation profonde, irréfutable d'une collection liquide. Celle-ci ne pouvait être que du sang, comme nous le montra, quelques jours après, l'apparition d'une énorme ecchymose qui envahit successivement toute la paroi inférieure de l'abdomen, l'aine et les bourses. Il s'agissait, ici, d'un vaste hématome diffus, avec un foyer collecté dans le canal inguinal très probablement. La résolution eut lieu sans encombre.

OBSERVATION VII

Hématocèle funiculaire par effort.

Rehn, *Centralblatt für. chirurgie,* p 100, 1885.

Le 22 janvier 1884 on amena à l'auteur un garçon de huit ans qui, quelques jours auparavant, avait monté deux étages en faisant de grands efforts pour porter un fardeau.

L'examen montra que dans la moitié scrotale gauche se trouvait une tumeur qui se prolongeait comme un boudin dans le canal inguinal. La peau était rouge et tendue, avec fluctuation peu nette. Le testicule n'était pas accessible à la palpation. Matité à la percussion. Douleur vive à la pression.

L'apparition rapide de la tumeur, l'absence de troubles du côté de l'intestin firent penser à un épanchement sanguin dans la gaine du cordon.

Le malade fut mis au repos. On lui appliqua des compresses de glace. — Alimentation liquide, — surveillance des fonctions alvines

Le troisième jour, la tumeur a diminué. On peut alors sentir le testicule. On le sent entouré d'un bourrelet dur. Sa face interne regarde en bas.

Le huitième jour, la tumeur a encore diminué, mais le cordon a encore la grosseur du petit doigt.

Le quatorzième jour, il n'y a plus trace de tuméfaction. Le cordon a encore diminué de volume. La résorption de l'épanchement paraît presque complète.

Entre temps, l'auteur fit du massage à son malade, et pense que ces manœuvres contribuèrent à faire résorber l'épanchement.

OBSERVATION VIII

Hématocèle funiculaire par effort.

Barbe, *de l'Hématocèle funiculaire* (Th. de Paris), 1866, p. 18.

A. Ch., employé au Comptoir d'escompte, est un homme de trente-trois ans, d'un tempérament très nerveux. Il eut un jour des contrariétés dans son bureau. La nuit suivante, cet employé fut pris de mouvements convulsifs, de pandiculations, pendant lesquelles il ne put résister au besoin de s'étirer, suivant son expression, la jambe droite de toutes ses forces. Tout à coup il ressentit une douleur dans l'aine correspondante et le jour arrivé il vit avec effroi que cette région était tuméfiée, d'une coloration rouge bleuâtre.

On se hâta de faire appeler un médecin qui diagnostique un épanchement sanguin, ordonne le repos au lit, et l'application de compresses imbibées d'eau de Goulard; quatre jours après, je voyais le malade; sa tumeur présentait tous les caractères d'une hématocèle funiculaire par infiltration, placée sur la direction du cordon. Elle avait la forme d'un boudin qui s'étendait de l'orifice externe du canal inguinal du côté droit au testicule. La peau était tendue d'un noir bleuâtre. Le malade fut mis au repos; la tumeur diminua; la peau reprit peu à peu sa coloration normale, la partie affectée son volume ordinaire et Ch., parfaitement guéri, retourna à son bureau après trois semaines d'absence.

OBSERVATION IX

Hématocèle funiculaire consécutive à une chute sur le périnée

Cousin. Thèse de Paris. 1887, p. 62

M. S., officier supérieur en retraite, 66 ans. Ni syphilis, ni alcoolisme. Pas de maladies antérieures à noter. Existence aussi régulière que possible. Nervosisme.

Grand excursionniste, M. S. passe la belle saison aux Pyrénées, et fait tous les jours des courses fatigantes. A la fin du mois d'août dernier, en descendant une montagne, il fit une chute malheureuse, telle que le périnée porta violemment sur un rocher, ainsi que le testicule droit. Il se produisit immédiatement, accompagnant la vive douleur, du gonflement au niveau du pli de l'aine correspondant.

Transporté chez lui, M. S. est examiné par un officier de santé, lequel, appréciant qu'il s'agit d'une hernie, se livre à des tentatives répétées de réduction. Un bandage résistant est même appliqué ! Sous l'influence de ce traitement intempestif, la situation s'aggrave, au point que le malade se fait transporter chez lui à Toulouse.

Arrivé là, son médecin habituel, le docteur André, professeur à l'école de médecine, est immédiatement appelé et voici ce qu'il constate : le testicule est augmenté de volume, très douloureux à la pression ; le cordon est dur, lisse, cylindrique, présentant le volume d'au moins une anse d'intestin grêle ; le pli de l'aine est tuméfié, ainsi que le trajet inguinal et l'on peut cependant sentir la tumeur formée par le cordon. Douleur vive à la pression et spontanément dans toute la région ; fièvre, inappétence, constipation, grande anxiété et

découragement moral profond. Diagnostic : orchite-adénite inguinale et funiculite.

Malgré le repos au lit, les cataplasmes, l'affection suivit son cours, surtout en ce qui concerne le cordon. La tumeur devint fluctuante, la peau luisante, rouge et œdématiée. L'abcès ouvert par le bistouri donna lieu à une suppuration qui, malgré le drainage et les injections antiseptiques, se prolongea jusqu'à la fin de septembre épuisant le malade. L'orchite et l'adénite inguinale au contraire s'étaient très vite terminées par résolution.

OBSERVATION X

Hématocèle funiculaire consécutive à un traumatisme du périnée.

Baseil. *De l'hématocèle pariétale*. Thèse de Nancy. 1890, p. 75.

Vernet Joseph, entré le 15 avril 1853, âgé de 70 ans, imprimeur n'exerçant plus sa profession depuis 7 ans, à cause de son âge et de la faiblesse de sa vue.

Cinq jours avant son entrée à l'hopital, étant dans l'atelier d'un forgeron, il fut atteint dans la région du périnée, par un de ces lourds marteaux dont on se sert pour frapper sur l'enclume. Le coup lui fut porté de bas en haut pendant que l'ouvrier élevait son outil. Au même moment il ressentit une douleur très vive, et une demi-heure après la tumeur dont nous allons parler existait ainsi que l'ecchymose. Pendant les cinq jours qui se sont écoulés entre l'accident et l'entrée à l'hopital, cet homme n'a fait aucune espèce de traitement. Il éprouvait une grande gêne avec pesanteur douloureuse dans toute la région périnéale ainsi que vers la partie inférieure de l'abdomen. Il ne pouvait marcher sans éprouver de douleurs. En même temps le ventre continuait à être souple et

non douloureux vers ses parties moyenne et supérieure ainsi que dans la région iliaque droite. Il n'y a donc que peu ou point de réaction fébrile, pas de vomissements. Les garde-robes étaient naturelles, l'émission des urines se faisait facilement.

Au moment de l'entrée du malade, nous avons constaté d'abord qu'il porte aux deux membres inférieurs des varices datant de quelques années, et qu'à la région inguinale droite (vers laquelle il ne s'est produit aucun phénomène depuis l'accident) il existe un affaiblissement notable de la paroi abdominale. L'orifice extérieur du canal inguinal est très large et admet facilement l'extrémité du doigt.

Aujourd'hui et depuis le moment de l'accident, il existe une tumeur cylindrique dans toute la longueur du canal inguinal, dure, volumineuse, s'étendant et se répandant dans le scrotum d'une part, s'étendant également dans la fosse iliaque jusque vers le milieu de laquelle elle peut être suivie. Elle y conserve sa dureté et il est facile d'atteindre jusqu'à sa limite, parce que la paroi abdominale est souple et facilement dépressible sans douleur. Toute cette tumeur, depuis le fond du scrotum jusque dans la fosse iliaque, est dure et peu douloureuse à la palpation, excepté dans un point situé presque immédiatement au dessous de l'anneau inguinal ; là, on sent un peu de chaleur, sans rougeur manifeste de la peau. La pression est douloureuse et il y a de la fluctuation, non pas très tranchée, mais incontestable dans l'étendue d'environ quatre centimètres. Le testicule se retrouve parfaitement intact au fond du scrotum, de ce côté, mais il est impossible de retrouver le canal déférent, tellement la tumeur est dure et tendue dans toute la longueur du cordon.

Le traitement, des plus simples, consiste en cataplasmes émollients les premiers jours. Application de compresses d'eau blanche et d'eau-de vie camphrée ensuite.

La fluctuation a disparu. Aujourd'hui, 7 mai, la tumeur a diminué d'étendue.

OBSERVATION XI

Hématocèle funiculaire par effort

Dr Bauby, *Midi médical,* mars 1893.

M. A..., 73 ans, bonne santé générale, sans la moindre infirmité, se tenait sur une échelle de trois mètres environ pour accrocher des tentures. L'échelle glisse, notre homme tombe avec elle en se retenant de tout son pouvoir. Il ne sait pas exactement par quelle partie du corps il a heurté sur le sol dans sa chute, mais, en se relevant, il ne souffre guère que de la tête. Deux plaies contuses du nez et du front sont pansées chez le premier pharmacien et le malade, reconduit à sa maison, fait appeler dans la journée son médecin, M. Cardeillac, qui à sa première visite n'observe pas d'autre lésion.

Le lendemain, son attention est attirée du côté de l'aine droite, où il découvre, suivant le trajet inguinal et faisant saillie en dehors de l'orifice externe de ce trajet, une tumeur rénitente, douloureuse à la pression et dépourvue de sonorité. Son volume, au dehors du canal inguinal, est celui d'une grosse noix, mais elle se continue dans le canal jusque derrière la paroi abdominale soulevée. En somme, tous les caractères d'une hernie épiploïque. Le blessé affirme cependant n'avoir jamais remarqué la moindre tumeur, la moindre inégalité assimilable à une pointe de hernie. Mais une épiplocèle de petit volume peut aisément passer inaperçue, jusqu'au jour où elle est propulsée et mise en évidence par un effort violent, tel que celui qui accompagne une chute d'un lieu élevé.

S'arrêtant à cette opinion très logique, M. Cardeillac pratique un taxis modéré sans obtenir de réduction.

Il n'existait d'ailleurs aucun signe d'étranglement, pas de nausées, pas de ballonnement, mais pas de garde-robes. Un purgatif est administré et l'on applique de la glace sur la tumeur.

Le troisième jour, à la suite d'une évacuation intestinale assez abondante, il n'y a eu aucune amélioration locale ; l'épiplocèle paraît même plus volumineuse, elle est toujours irréductible. Ce n'est pas tout : le malade semble abattu, il tousse péniblement et ressent chaque fois un violent point de côté, à droite.

En explorant la région, M. Cardeillac trouve une fracture de la septième côte.

En présence de cet état complexe, il appelle en consultation M. le docteur Jeannel.

« Le malade était couché dans une chambre obscure, en sorte, dit M. Jeannel, que je n'ai pu voir l'état de la peau. J'ai trouvé la douleur inguinale douloureuse, irréductible, recouverte de parties molles légèrement œdématiées. Le siège, la forme, la consistance, tout rappelait à s'y méprendre une hernie inguinale irréductible et étranglée ; mais il n'existait aucun signe d'étranglement. J'ai admis cependant la possibilité d'une épiplocèle devenue subitement volumineuse et irréductible. J'en avais opéré, quinze jours auparavant, une semblable. Je conseillai donc l'intervention ».

L'opération eut lieu, en effet, le 18 mars, quatrième jour depuis l'accident, avec l'assistance de M. Cardeillac et la mienne.

Le malade étant place sur une table bien éclairée, auprès d'une fenêtre, nous avons pu mieux inspecter la région. Il existait dans l'aine droite, remontant à une largeur de main, au dessus de l'arcade crurale et descendant jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa, une large ecchymose violette et bordée de jaune au centre de laquelle proéminait la tumeur en plein trajet inguinal. La coloration ecchymotique descendait

aussi sur le scrotum rétracté. La peau de la région était œdémateuse mais intacte ; en aucun point, même au niveau de la tumeur, on ne pouvait découvrir la moindre plaie contuse, pas même une zone plus fortement ecchymosée permettant de penser au choc direct d'un corps contondant.

Après avoir fait une injection de cocaïne (injection qui, dans ces tissus infiltrés, n'a procuré qu'une très médiocre anesthésie), M. Jeannel incise suivant le grand axe de la tumeur, parallèlement au trajet inguinal. La peau et les couches sous-jacentes sont de plus en plus gonflées de sang noirâtre à mesure que l'on pénètre plus profondément. On arrive ainsi sur l'anneau inguinal et la paroi antérieure du canal. Cette paroi est incisée sur la sonde cannelée.

Au milieu du sang épanché, une poche apparaît tendue comme un sac herniaire constituant la paroi de la tumeur. Elle est ouverte avec précaution et l'on découvre un amas de caillots que l'on aurait pu considérer tout d'abord comme une épiplocèle contusionnée et déchirée et qui formait en réalité un hématome du volume d'un œuf. Pas la moindre trace d'épiploon. La poche débarrassée de ses caillots, le chirurgien introduit son doigt vers l'orifice interne du canal inguinal, il y pénètre aisément et acquiert ainsi la conviction qu'il n'est point dans la cavité péritonéale, mais bien dans la couche sous-péritonéale le long du cordon.

Nous avons dès lors reconnu que la poche était constituée par la gaine fibreuse propre du cordon et que les caillots qu'elle renfermait provenaient des veines spermatiques rompues. Cette rupture a éte nettement constatée. D'ailleurs toute hémorrhagie était arrêtée. L'artère spermatique et le canal déférent paraissent intacts.

L'incision ayant été prolongée en bas sur le trajet du cordon, la main d'un aide, appuyée sur le scrotum, fait sourdre par l'angle inférieur de la plaie, un liquide séreux jaunâtre. La sonde cannelée introduite par le point d'écoulement pénètre dans la vaginale. Il s'agissait d'une hydrocèle aiguë résultant de l'infiltration ecchymotique du scrotum. Elle est

évacuée et la vaginale suturée. Une lanière de gaze iodoformée est passée par l'orifice inguinal interne jusque derrière la paroi abdominale. Les extrémités de la plaie sont fermées par étages de sutures.

Les suites de l'opération ont été des plus régulières.

Le pansement se faisait chaque deux ou trois jours et le malade était à peu près complètement guéri, lorsqu'il est mort subitement d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie et coma.

OBSERVATION XII

Hématocèle spontanée du cordon

Drs Bauby et Dargein, *Toulouse médical*, page 14, février 1901. — Observation présentée à la Société Anatomo-Clinique de Toulouse, séance du 21 janvier 1901.

Le malade que nous vous présentons est un pensionnaire de l'Hospice de la Grave, âgé de 72 ans. En décembre dernier, il est entré dans notre service pour un accident assez rare qui vaut la peine de vous être communiqué, eu égard surtout aux circonstances dans lesquelles, il s'est produit et qui le différencient des cas analogues.

Cet homme est arrivé à un âge avancé sans maladies sérieuses ; il est seulement porteur d'une grosse hernie inguinale gauche bien contenue par un bandage : en outre c'est un emphysémateux, sujet aux quintes de toux, détail important dans l'espèce.

Enfin nous avons constaté qu'il avait des varices probablement anciennes, aux jambes, au scrotum et le long du cordon spermatique ; mais n'en ayant jamais souffert il les avait à peine remarquées.

Le 3 décembre 1900, Bernard E, était tranquillement assis dans une cour de l'hospice, lorsqu'il a ressenti une certaine douleur dans la région inguinale droite, douleur insignifiante sans doute, puisqu'il est resté toute la journée sans en chercher les causes, sans en aviser personne.

C'est seulement le lendemain, qu'en palpant la région sensible, il a découvert dans ses bourses une grosseur qui n'existait pas auparavant. Il a demandé alors à être examiné, c'est ainsi que nous l'avons vu. A la simple inspection, le côté droit du scrotum paraissait beaucoup plus gros que le gauche, surtout en haut, près de la racine des bourses ; et le malade nous disant qu'il avait une hernie, nous pensions tout d'abord qu'elle était de ce côté là, qu'il s'agissait d'une augmentation de volume de cette même hernie devenue irréductible.

Mais, d'une part, il était facile de reconnaître cette méprise, et, d'autre part, en examinant la tumeur nouvelle, nous avons été bien convaincus qu'elle n'avait aucun rapport avec les viscères abdominaux. En effet, le canal inguinal était libre, et le cordon à ce niveau conservait son volume normal ; c'était un peu plus bas que siégeait la tumeur ; ovoïde, rénitente, presque dure, englobant les éléments du cordon, mais distincte des parois scrotales, elle avait environ le volume du poing. Sa compression était peu douloureuse, mais ne donnait aucune sensation spéciale.

D'ailleurs, le testicule était plus bas, presque recouvert par la masse développée dans la gaine du cordon, mais non fusionné avec elle ; et bien qu'il y eût un peu de liquide dans la vaginale, on le sentait nettement indépendant.

En résumé, tuméfaction survenue brusquement au milieu des éléments du cordon spermatique et paraissant contenue dans sa gaine.

Notre première idée fut qu'il s'agissait d'une hématocèle funiculaire, c'est-à-dire d'un épanchement sanguin dû à la rupture des veines du cordon. Ce diagnostic, qui cadrait bien avec l'apparition soudaine, et les autres caractères de la

tumeur, s'appuyait, en outre, sur l'existence d'un varicocèle qui devait jouer, ici, un grand rôle comme cause prédisposante.

Aucune autre hypothèse n'eût été aussi satisfaisante. Nous avions éliminé celle de hernie, quand aux kystes de l'épididyme ou du cordon, ils se développent très lentement. La seule difficulté résidait dans l'absence de toute cause déterminante. Dans la plupart des cas de rupture des veines du cordon est signalé un traumatisme, un effort violent, ne serait-ce qu'une quinte de toux.

L'un de nous a publié jadis une observation de ce genre, dans laquelle l'accident survint à la suite d'une chute. Ici, rien de tout cela, du moins au dire du malade, mais nous avons vu qu'il s'agit d'un emphysémateux chez lequel les efforts de toux sont si communs qu'ils peuvent être inaperçus.

Les suites ont montré que notre diagnostic était juste ; muni d'un simple suspensoir ouaté, notre homme a vu sa tuméfaction diminuée dès le quatrième jour ; en même temps, sa consistance devenait plus dure, comme cartilagineuse ; peu à peu sa forme elle-même s'est modifiée ; d'ovoïde qu'elle était, elle s'est peu à peu arrondie et la voici aujourd'hui réduite à un noyau du volume d'une noisette, et constituant une sorte de virole réunissant les éléments du cordon.

Il convient d'ajouter que les veines du scrotum, très apparentes et fluxueuses les premiers jours après l'accident, le sont beaucoup moins à l'heure actuelle Le varicocèle lui-même était plus volumineux, mais il reste encore très évident.

ETIOLOGIE. — PATHOLOGIE

Voici donc notre sujet bien délimité. L'hématocèle funiculaire est produite par *la rupture des vaisseaux du cordon avec intégrité de la gaine.* Quelles sont les causes de l'hématocèle du cordon, quels sont les vaisseaux qui se rompent, et par quel mécanisme, telles sont les questions que nous allons essayer de résoudre dans ce chapitre.

Sur les causes de l'hématocèle du cordon tous les auteurs sont d'accord. Percival Pott, dans ses « œuvres chirurgicales », s'exprime ainsi à ce sujet : « Cette espèce d'hématocèle, qui est ordinairement « produite par des efforts subits et considérables, par « des exploits d'agilité, etc., peut attaquer les personnes qui sont dans la meilleure santé, dont le sang « et les humeurs sont dans le meilleur état et dont les « parties génitales sont saines. » Pour Curling, « l'hématocèle peut être due à des efforts violents et « soudains, mais elle résulte aussi quelquefois d'une « contusion. » Pour Reclus (*In* Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, 2e édition), « l'hématocèle, succède à des contusions, à des chutes, à des efforts. »

En résumé, l'hématocèle funiculaire reconnaît

deux ordres de *causes déterminantes* et se produit principalement : 1° A *la suite de traumatismes ;* 2° *à la suite d'efforts.*

Bien que les contusions du cordon soient peu fréquentes, il est facile de comprendre qu'un traumatisme portant sur cette région peut être la cause d'une hématocèle funiculaire en rompant la paroi des vaisseaux.

Mais il n'est pas nécessaire que le traumatisme porte directement sur le cordon pour que l'hématocèle funiculaire se produise. On a signalé, en effet, cette affection comme conséquence *de contusions du périnée* : « coup de marteau sur le périnée (Observation X). Chute telle que la périnée porta sur un rocher (Observation IX).

Les *efforts* jouent un grand rôle dans l'étiologie de l'hématocèle funiculaire. Cette affection peut survenir à l'occasion des circonstances les plus diverses. Un des malades, dont l'observation est rapportée plus haut, vit son hématocèle, à la suite d'un *effort qu'il fit pour soulever un fardeau trop lourd.* (Observation III.) Un autre à la suite d'un *effort de toux.* (Observation VI), un autre après des *efforts de défécation.* (Observation II.) Un autre, enfin, parce que pendant la nuit, tandis qu'il était dans son lit, il s'était « *étiré la jambe droite de toutes ses forces.* » (Observation VIII.)

Quand l'hématocèle est consécutive à un traumatisme, les veines, dans ce cas, sont blessées plus souvent que les artères, car ces dernières, « élastiques et mobiles dans leurs gaines, glissent, se dérobent et,

en définitive, échappent aux corps contondants. » Reclus, *Manuel de pathologie externe*, 4e édition, p. 331.

Quant aux hématocèles par effort, le mécanisme de leur production reste encore un problème à résoudre. Il y a rupture de vaisseaux, mais quels sont les vaisseaux qui se rompent et sous quelle influence.

Malgaigne, sans en donner la démonstration, pensait que l'hématocèle funiculaire était toujours due à la rupture des artères, contrairement à Pott qui avait émis l'opinion contraire.

Nous savons qu'à la suite d'efforts, les muscles se contractent brusquement et avec violence. Ces contractions ont pour conséquence un abaissement de la pression intra-artérielle et une augmentation de la pression intra-veineuse. En se contractant brusquement, « les muscles refoulent une partie du liquide sanguin vers les capillaires, sans que les voies de dérivation suffisent à prévenir un excès de pression dans les vaisseaux. De cette brusquerie de la contraction naît la rupture. » Ainsi s'exprime Quenu dans son article : Maladie des veines. (*In* Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, 2e édition, p. 174). C'est ainsi qu'il explique aussi le cas de Else, « dans lequel un jeune homme de vingt-cinq ans, soulevant un poids très lourd, ressentit une douleur vive dans la jambe. Il se produisit un épanchement sanguin, qui fut pris pour un anévrysme. Le membre fut amputé, et sa dissection prouva que la source de l'hémorrhagie n'était autre qu'une veine rompue. » Quenu cite

encore deux malades chez lesquels une crampe dans le mollet fut la cause de la rupture d'une veine.

Pouvons-nous appliquer cette pathogénie à la rupture des vaisseaux du cordon ? Cherchons, d'abord, quelle est l'influence d'un effort sur les éléments du cordon.

Velpeau a mis ce point en lumière (Clinique de la Charité, *In Gazette des Hôpitaux*, 1847). « Si, dit-il, l'on suit avec soin les fibres du muscle droit de l'abdomen, on voit effectivement que quelques-unes d'entre elles se détachent inférieurement de son bord externe en prenant le caractère fibreux, pour se diriger au dehors, passer en forme d'anse sous le canal déférent, et aller se terminer sur la lèvre interne de la crête iliaque. Ces fibres, formant la moitié inférieure de l'ouverture abdominale du canal inguinal, étant ainsi plus élevées par leurs extrémités que par leur milieu, le muscle droit ne peut se contracter sans que la partie concave se relève en se redressant, réagisse par conséquent de bas en haut, contre le canal déférent, les vaisseaux et tous les éléments constituants du cordon spermatique, qui se trouve par là comme pincé dans une espèce de boutonnière toutes les fois que l'homme fait des efforts un peu violents. »

Dans ses observations de chirurgie, Le Dran démontre que *dans les efforts l'anneau de l'oblique externe comprime le cordon spermatique*. Ce dernier, pour le même auteur, peut pendant les efforts de défécation être comprimé dans la cavité abdominale par l'intestin rempli de matières dures.

Ziegler (*Lehrbruk, über patholog., anatomie,* 1892, insiste sur *l'état de compression que subissent, pendant les grands efforts, les vaisseaux du cordon,* et l'excès de pression qui peut en résulter pour le système veineux funiculo-testiculaire. D'un autre côté, Luvin (*Studien über den Hoden,* 1861), invoque l'*action brusque et souvent énergique du crémaster* pour produire des ruptures sur des vaisseaux altérés.

Le crémaster en effet, qui est une dépendance des muscles larges de l'abdomen, se contracte naturellement dans toutes les circonstances où ces derniers muscles entrent en jeu, dans la toux, dans l'effort. La contraction brusque du crémaster porte en haut le testicule et le rapproche de l'anneau inguinal. Il est donc incontestable que quand le crémaster se contracte il comprime les éléments du cordon.

Quand le cordon est brusquement comprimé, le sang est chassé des artères (déférentielle, funiculaire, spermatique). Il se précipite dans les capillaires et de là dans les veines où il est arrêté au point où s'exerce la constriction. C'est donc sur les veines seules que retentit une compression du cordon.

Cette circonstance rend probable l'interprétation de *Pott*, qui d'ailleurs est généralement adoptée par tous les auteurs qui ont étudié l'hématocèle du cordon, par *Curling*, par *Bouisson* (*tribut à la chirurgie*), par *Schwartz* qui s'exprime ainsi : « Les veines du cordon peuvent se rompre sous l'influence d'un effort, d'une contraction brusque). (*Encyclopédie internationale de chirurgie,* T. VIII, p. 544). »

Nous partageons également l'opinion de Pott, et

nous pensons que lorsque le vaisseau subit une contusion directe, comme dans les traumatismes de la région inguinale et du cordon, lorsque celui-ci est écrasé contre la branche horizontale du pubis, une hémorrhagie artérielle peut occasionner une hématocèle. Mais *lorsque l'hématocèle est la conséquence d'un effort, elle reconnaît pour cause une rupture des veines du cordon.*

Outre les contractions musculaires qui, en augmentant la pression dans les veines, provoquent quelquefois leur rupture, un autre facteur joue un grand rôle dans la production de ces accidents et en est la *cause prédisposante.* C'est *l'état variqueux des veines* qui diminue la résistance de leurs parois. En certains points en effet, les parois des veines atteintes de varices sont amincies, distendues en renflements, en diverticules semblables à des anévrysmes. Dans ces points on constate une production exagérée de cellules embryonnaires, qui se substituent aux fibres élastiques et musculaires de la tunique moyenne, diminuant ainsi sa résistance. La paroi ne pouvant, plus résister à la pression sanguine, se dilate et peut se rompre.

En effet les veines qui se rompent spontanément sont en général des veines malades. On voit souvent des individus porteurs de varices aux membres inférieurs dont les veines se rompent à la suite du moindre effort. Les varices vulvaires se rompent parfois dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail et les hémorrhagies qui surviennent en pareille circonstance peuvent présenter une très grave gravité.

On a également signalé des ruptures des veines variqueuses de l'urèthre et de l'utérus chez des femmes enceintes. Enfin certains individus ont des écoulements sanguins produits par la rupture d'une hémorrhoïde après chaque défécation.

Or les veines du cordon sont très fréquemment variqueuses. D'après les statistiques de *Gaujot*, la proportion des hommes exemptés du service militaire pour varicocèle est de 1,6 pour 1000 ; de 3 sur 1000 d'après les recherches d'*Horteloup*, au bureau militaire de la ville de Paris de 1879 à 1883. *Curling* a trouvé 23,4 hommes pour 1000 réformés pour varicocèle. *Bryant* abaisse ce chiffre à 15 pour 1000.

Ces chiffres sont certainement au-dessous de la vérité, car ces statistiques ne comprennent pas les sujets chez lesquels le varicocèle apparaît après vingt ans.

Cet état variqueux si fréquent des veines du cordon doit singulièrement favoriser leur fragilité et l'on comprend qu'une augmentation de pression puisse faire éclater ces vaisseaux sans tonicité. Plusieurs des malades dont nous rapportons l'observation étaient atteints de varicocèle. (Observations VI et XII).

Les traumatismes, les efforts ayant pour conséquence la compression de veines souvent variqueuses, telles sont donc les causes les plus fréquentes de l'hématocèle funiculaire.

Toutes ces considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'hématocèle funiculaire ont été résumées par M. le docteur Bauby, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, dans un article

publié en 1893, dans le *Midi médical*. Nous ne saurions mieux faire que de citer quelques extraits de cet article. « En quelque point de l'organisme qu'elles se produisent, les ruptures spontanées des veines sont favorisées par l'altération préalable des parois vasculaires sous l'influence de la vieillesse ou d'un trouble général de la nutrition et déterminées par une cause mécanique locale. C'est un mouvement exagéré d'hyperextension dépassant la limite de l'allongement des veines. Plus souvent c'est une violente contraction musculaire comprimant les vaisseaux, arrêtant la circulation en retour et élevant tout d'un coup la pression dans les veines à un degré suffisant pour en provoquer la rupture.

« Si ce phénomène se produit dans les points où un faisceau vasculo-nerveux traverse les anneaux aponévrotiques, le faisceau sera étranglé et les veines pourront être sectionnées, puisqu'elles sont à la fois plus superficielles et plus fragiles.

« Les veines du cordon sont souvent atteintes de varices et le varicocèle est assurément une prédisposition sérieuse à la rupture notée par tous les auteurs.

« A leur passage entre les piliers de l'anneau inguinal, les éléments peuvent être étranglés lorsque les muscles abdominaux se contractent dans un effort violent. Si l'étranglement arrive à rompre les veines spermatiques par section ou par arrêt du sang, l'hématocèle funiculaire sera réalisée. »

Nous n'avons pas cru devoir étudier dans un chapitre distinct l'anatomie pathologique des hématocè-

les du cordon, car cette affection n'entraînant pas en général la mort, il n'a pas été fait d'autopsie.

D'un autre côté beaucoup d'hématocèles ont guéri sans opérations, qui, si elles eussent été pratiquées, auraient pu nous donner quelques renseignements sur ce point. Enfin les auteurs sont sobres de détails dans les cas où on a fait une intervention sanglante.

Dans l'observation I, la tumeur fut ouverte, elle ne renfermait ni intestin, ni épiploon, et les recherches qui furent faites pour trouver « la crevasse d'où le sang sortait » demeurèrent infructueuses.

Dans l'observatîon III, on ouvrit la tumeur et on ne découvrit « aucune crevasse particulière ».

Dans l'observation V, on fit la castration au malade. On constata sur la pièce que le testicule et l'épididyme étaient sains, que le canal déférent était perméable. Les éléments du cordon étaient dissociés et écartés par la tumeur qui s'était développée au milieu d'eux.

Dans l'observation XI on trouva une poche tendue comme un sac herniaire contenant des caillots. La poche était constituée par la gaine fibreuse propre du cordon, et les caillots provenaient des veines spermatiques rompues. Cette rupture fut nettement constatée.

A côté des quelques renseignements qui nous sont fournis par les observations dont nous venons de parler, nous pouvons en trouver d'autres dans les expériences de *Kocher*. Pour exécuter ses expériences, Kocher a mis à nu à différentes hauteurs le cordon spermatique à l'aide d'une petite incision. Par cette ouverture il a injecté une solution de gélatine colo-

rée. Voici les résultats qu'il a obtenus et qui ont été résumés par Mollière dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article *Voies spermatiques*).

« 1° Le liquide s'accumule au dessous de l'anneau inguinal, entre ce dernier et le testicule. L'hématome entoure ainsi toute la portion extra-abdominale du cordon.

« 2° Le liquide dépasse les limites du scrotum. Il pénètre à travers le canal inguinal dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il remonte duns le petit bassin, ce qui n'empêche pas la production simultanée d'une tumeur scrotale. Lorsque l'on fixe la canule immédiatement au dessous du canal inguinal, l'injection poussée lentement produit une tumeur en forme de boudin, plus volumineuse vers sa partie inférieure. Cette tumeur englobe complètement le cordon, et descend jusqu'au niveau du testicule. Quand la quantité de liquide injecté n'est pas très considérable, le testicule reste dans sa situation normale. Si l'on augmente la quantité de liquide injecté, le testicule ne présente plus son aspect ordinaire. La tumeur lui forme alors une sorte de loge, dans laquelle sa surface latérale se cache. Sa direction change, son grand diamètre devient horizontal.

« Si l'injection est encore plus abondante et poussée vigoureusement, le testicule est alors complètement caché. Le liquide remplit les lames du tissu cellulaire, les éléments funiculaires sont dissociés. On les retrouve ordinairement en arrière. Lorsque le liquide a été poussé avec une force extrême, c'est toujours

dans l'hémisphère postérieur de la tumeur qu'on retrouvera le testicule.

« Lorsque la canule étant introduite dans le canal inguinal, l'injection est poussée en haut du côté de l'abdomen, l'épanchement expérimental se produit alors dans la fosse iliaque. Si le liquide injecté est assez abondant, la tumeur que l'on produit est facilement perceptible par la palpation à l'hypogastre; à la dissection on retrouve la masse coagulée, recouvrant toute la surface du muscle iliaque interne. »

Les expériences de Kocher et ce que la clinique nous enseigne nous permettent de nous rendre compte des lésions de l'hématocèle du cordon.

Le sang peut s'accumuler seulement dans le cordon, ou bien en même temps s'épancher dans la fosse iliaque et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal formant ainsi une tumeur en bissac.

Les éléments du cordon sont séparés, dissociés par le sang épanché, mais le canal déférent reste sain et perméable.

Si l'épanchement est peu abondant, le testicule conserve sa position normale. Si l'épanchement est très abondant, le testicule ne conserve pas sa position normale, il est plus ou moins caché par la tumeur et refoulé en arrière.

Le sang épanché ne présente rien de particulier. Il se résorbe bientôt, ou bien il s'enkyste. Mais l'étude de ce kyste ne rentre pas dans notre sujet.

SYMPTOMES

Une douleur très vive et subite, suivie ou non de craquement, est en général le premier symptôme de l'hématocèle du cordon. A l'occasion d'un traumatisme ou d'un effort, les malades éprouvent dans le pli de l'aine une vive douleur qui peut être comparée au phénomène que *Verneuil* a décrit à propos de la rupture des veines sous le nom de « coup de fouet » (*Gazette médicale*, 1855). Mais parfois les choses ne se passent pas tout à fait ainsi. La douleur peut être moins vive, tout à fait insignifiante, au point que le malade n'en cherche même pas la cause. C'est ce qui eut lieu chez notre malade de l'Observation XI.

Mais, la plupart du temps, cette douleur est très vive spontanément et augmentée par la pression. Elle s'étend dans toute la région du cordon spermatique. Le malade ressent une grande gêne, avec pesanteur dans toute la région périnéale, ainsi que vers la partie inférieure de l'abdomen. Il ne peut pas marcher sans éprouver de grandes souffrances. Quelquefois, le testicule et l'épididyme sont sains et indolores, mais souvent surtout lorsque l'hématocèle est la conséquence d'un traumatisme, le testicule lui-même peut être très douloureux.

La douleur qui se fait sentir du côté des bourses et du pli de l'aine attire de ce côté l'attention des malades, qui constatent que *cette région est tuméfiée*. En effet, l'épanchement sanguin se fait dans la gaine cellulaire qui enveloppe le cordon Le liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire propre du cordon et distend son enveloppe, qui prend alors la forme d'une tumeur oblongue comparable à un boudin plus ou moins étendu entre l'anneau inguinal et le testicule, en suivant la direction du faisceau vasculaire de cette région. Cependant, l'étendue de la tumeur varie suivant les cas. Tantôt elle est bornée à la portion scrotale du cordon, tantôt elle remonte plus ou moins haut dans le canal inguinal et se continue même parfois avec une tumeur dure, occupant la fosse iliaque et pouvant, à moins qu'elle ne soit trop petite, être sentie à travers la paroi abdominale. L'épanchement est parfois d'un faible volume au début, puis il augmente graduellement ; d'autres fois, il acquiert d'emblée le développement qu'il doit conserver.

La tuméfaction est bientôt suivie d'une *ecchymose*. Souvent, l'ecchymose apparaît peu de temps, une demi-heure après l'accident : quelquefois, elle est plus tardive et ne se montre que le lendemain ; parfois même, ce signe peut manquer. Cette ecchymose est due le plus souvent au traumatisme qui a provoqué l'hématocèle, ou bien encore à un taxis immodéré et prolongé. Le sang épanché peut aussi filtrer à travers la tunique commune, sans que cette dernière soit lésée, et venir s'amasser dans le scrotum pour constituer une variété d'hématocèle pariétale décrite

par Baseil, et provoquer ainsi une ecchymose. Dans ce cas, l'ecchymose scrotale est plus prompte à paraître que l'ecchymose de la région où est la source même de l'épanchement, et cette circonstance est une des causes qui manifestent le plus promptement sa nature, de même que l'ecchymose des paupières révèle les infiltrations sanguines intra orbitaires qu'on n'eût pas soupçonnées sans cette apparition extérieure. L'ecchymose peut être fort étendue. On l'a vue remonter presque sur la paroi abdominale, descendre le long des cuisses. On l'a vue aussi se propager du côté de l'anus. Dans ce dernier cas, elle a une signification spéciale : elle indique la propagation de l'épanchement sanguin vers la fosse ischio rectale.

Au toucher, cette tumeur est *tendue, rénitente*. On peut le premier jour sentir une *fluctuation obscure*, mais elle ne tarde pas à disparaître, à cause de la résorption des parties les plus fluides du sang. Alors la tumeur est *élastique ;* on peut y trouver de la *crépitation neigeuse* ou *sanguine*. Elle n'augmente pas quand le malade fait un effort ou quand il tousse. Elle donne un son mat à la percussion, elle est irréductible.

On trouve, en général, à la *palpation,* le testicule *dans sa situation normale, parfaitement distinct, intact et indolore*. Mais si l'épanchement est considérable, il recouvre comme d'un capuchon le testicule, qui peut être alors très difficilement perçu. Il a perdu sa situation normale, il est devenu vertical et a été repoussé à la partie postérieure de la tumeur, et on ne le reconnaît guère alors que par la douleur carac-

téristique qu'on détermine en le comprimant. Quant aux éléments du cordon, qu'il est toujours possible de retrouver et d'isoler quand il s'agit d'une hernie, ils ne sont pas du tout reconnaissables quand l'hématocèle a acquis un certain volume. C'est que le cordon est en dehors du sac de la hernie, tandis qu'il est noyé dans l'hématocèle dont il fait pour ainsi dire partie intégrante.

La plupart du temps, chez un malade atteint d'hématocèle funiculaire, on n'observe pas d'autres phénomènes que la douleur et la tuméfaction localisée le plus souvent au-dessous de l'aine. Il n'y a pas de réaction fébrile. Le ventre est souple et non douloureux. Il n'y a pas de vomissements ; les garde-robes sont normales et l'émission des urines n'est en rien gênée. Mais parfois, si l'épanchement sanguin est considérable et rapide, les éléments du cordon tiraillés et la tunique fibreuse distendue peuvent donner lieu à des accidents qui simulent l'étranglement herniaire. Dans ce cas, les selles peuvent être supprimées, il peut y avoir des vomissements. Alors le veutre est ballonné, le pouls est petit. Aussi les hématocèles du cordon ont-elles été prises parfois pour des hernies étranglées C'est ce qui arriva pour le malade de l'Observation I et pour celui de l'Observation II, à qui on fit porter un bandage. La même méprise fut commise pour le malade de l'Observation IX, auquel on fit des tentatives répétées de réduction et auquel on appliqua ensuite un bandage résistant. Pour le malade de l'Observation XI, il fut pratiqué un taxis modéré sans obtenir de réduction.

DIAGNOSTIC

Tous les signes que nous venons d'exposer semblent donner à l'hématocèle du cordon une physionomie toute spéciale, et cependant on peut la méconnaître, surtout si on n'est pas appelé au début. Nous avons rapporté plus haut plusieurs exemples dans lesquels l'hématocèle fut confondue avec *une hernie épiploïque irréductible ou étranglée.* La ressemblance, il faut le reconnaître, est grande entre ces deux affections. « Dans les deux cas, dit Bouisson, même siège, consistance analogue, son mat à la percussion, même cause, même rapidité dans la formation ; et si l'on ajoute que, lorsque l'épanchement sanguin se fait avec promptitude, les éléments du cordon, tiraillés et distendus, peuvent donner lieu à des accidents qui simulent l'étranglement herniaire, on aura idée des difficultés du diagnostic. Bouisson. *Tribut à la Chirurgie.* »

Pourtant Malgaigne croit possible de distinguer avec assez de certitude l'hématocèle de la hernie épiploïque. « L'ématocèle, dit-il, survient subitement et occupe le cordon de haut en bas. Jamais l'épiplocèle ne se présente dans de telles circonstances. » En

effet, le malade atteint d'hématocèle du cordon ne présentait pas auparavant de tumeur dans le pli de l'aine, tandis que celui qui est atteint de hernie épiploïque étranglée, avait déjà en général une hernie habituellement réductible, et qui subitement est devenue irréductible. De plus lorsque l'épiplocèle est récente, elle n'a pas comme l'hématocèle un volume qui s'accroît de plus en plus. L'épiplocèle peut se former brusquement, mais son volume n'augmente guère ensuite, tandis que celui de l'hématocèle croît en raison de la quantité de sang épanché, et occupe promptement le cordon. Quant à la forme de la tumeur, elle peut constituer un élément de diagnostic. L'épiplocèle est plutôt piriforme que cylindrique, elle peut être réductible, et n'est jamais fluctuante, tandis que l'hématocèle est irréductible et peut offrir un certain degré de fluctuation. Enfin l'ecchymose scrotale consécutive à l'hématocèle manque lorsqu'il s'agit d'une tumeur épiploïque, à moins que le malade n'ait subi des manœuvres immodérées de taxis.

Pour nous l'élément de diagnostic le plus important, entre une hernie et la collection sanguine du cordon, c'est surtout dans les cas où l'hématocèle siège le long des bourses, l'absence de pédicule, la vacuité du canal inguinal, c'est ce qui existait dans notre observation XII, aussi le diagnostic de hernie fut-il rapidement écarté.

Mais si, au contraire, l'hématocèle est dans le canal et surtout si l'épanchement se prolonge dans la fosse iliaque, le diagnostic est beaucoup plus difficile. Les choses se présentaient ainsi dans l'observation XI.

Si malgré tous ces signes le diagnostic demeure encore incertain, on peut éviter une erreur en examinant les rapports de la tumeur avec les organes funiculaires. « Le cordon, qu'il est souvent possible de retrouver et d'isoler lorsqu'il s'agit d'une hernie, n'est que très difficilement reconnaissable quand l'hématocèle a acquis un certain volume. C'est que le cordon est sur la hernie, tandis qu'il est dans l'hématocèle. Mollière. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* ; article *Voies spermatiques.* »

Il semble donc bien, comme le dit Malgaigne, qu'il est possible de distinguer l'hématocèle du cordon de la hernie épiploïque. Si pourtant il restait dans l'esprit du médecin quelques doutes, « une ponction exploratrice pratiquée avec tous les ménagements que comporte une pareille région révèlerait au besoin la nature de la maladie. Bouisson. *Tribut à la Chirurgie.* » Nous pensons qu'on ne doit avoir recours à cette dernière ressource qu'avec une extrême reservé.

L'*hydrocèle diffuse* du cordon spermatique et l'*hydrocèle enkystée* sont encore deux affections qu'on peut confondre parfois avec l'hématocèle funiculaire.

Dans ses œuvres chirurgicales, Pott a magistralement décrit l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique. Cette affection est produite par l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité dans la tunique fibreuse qui enveloppe les éléments du cordon. La tumeur se présente sous la forme d'un boudin allongé irréductible. Quelquefois l'hydrocèle du cordon présente une prolongation intra-abdominale, et dans ce

cas, par une pression douce, on peut refouler la sérosité du côté de l'abdomen, mais le liquide ne tarde pas à redescendre dans le cordon.

Cette variété d'hydrocèle se développe lentement, sans douleur, sans ecchymose. Elle n'est jamais due à un traumatisme ou à un effort, mais plutôt à une gêne de la circulation en retour des vaisseaux du testicule, provoquée le plus souvent par des adénites pelviennes, les phlegmons de la fosse iliaque, l'application d'un bandage herniaire. Ces diverses circonstances permettront d'établir le diagnostic.

L'hydrocèle enkystée du cordon ou kyste du cordon est une affection assez fréquente chez les jeunes sujets. Elle est d'origine congénitale et due à la persistance du conduit vagino-péritonéal dans lequel se développe la collection.

Carron Massidou (Thèse de Paris, 1884), cite un cas d'hydrocèle enkystée du cordon qui apparut subitement, mais en général son évolution est très lente.

La tumeur siège dans le trajet inguinal ou le long de la portion scrotale du cordon. Elle est lisse, un peu mobile, ne subit pas d'impulsion par la toux ni par les efforts. Elle est quelquefois monoliforme et se compose de plusieurs kystes superposés. Enfin, elle est transparente.

Dans ce cas, le diagnostic est facile, car on ne trouve ni apparition subite de la tumeur, ni effort, ni traumatisme, ni douleur, ni ecchymose. De plus, le kyste du cordon est transparent, tandis que l'hématocèle ne l'est pas.

Mais parfois l'hydrocèle enkystée du cordon peut se transformer en *hématocèle*. La paroi du kyste s'enflamme. A sa surface se développent de fausses membranes qui peuvent se rompre. Les vaisseaux embryonnaires qu'elles recèlent saignent et parfois la tumeur devient énorme. Ces accidents se produisent souvent avec une extrême rapidité. La tumeur nouvelle n'a plus la transparence du kyste qui lui a donné naissance, et si on ignore l'existence antérieure de ce dernier, le diagnostic pourra présenter de grandes difficultés.

Une autre affection présente avec l'hématocèle du cordon de nombreux points de ressemblance, c'est l'*hydrocèle aiguë du cordon spermatique* (perispermatite aiguë séreuse des allemands). Certains auteurs la considèrent comme une funiculate rhumatismale. « C'est, dit Daniel Mollière, une affection relativement rare. On l'observe plus ordinairement chez les jeunes sujets. Elle éclate brusquement sous l'influence d'un effort. Le scrotum se tuméfie vers sa racine. Il devient dur, rénitent. Il est très douloureux à la pression. La tumeur est pourtant assez bien limitée et les téguments glissent librement à sa surface, quoiqu'il y ait toujours un peu d'œdème (Daniel Mollière, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Voies spermatiques*). » Cette tumeur provoque quelquefois l'apparition de symptômes graves en apparence, de vomissements, de syncopes, de gonflement du ventre. Ce sont là quelques symptômes de l'hématocèle funiculaire, mais on constate de la transparence en cas d'hydrocèle aiguë. Ce point seul

suffit pour affirmer qu'on n'a point affaire à une hématocèle du cordon.

Nous ne connaissons pas d'observations dans lesquelles on rapporte qu'un *varicocèle* a été confondu avec une hématocèle funiculaire. Il ne semble pas qu'une pareille confusion soit possible. Le varicocèle, en effet, se développe lentement et insidieusement. En palpant les veines du cordon, on éprouve la sensation que donnerait un paquet de ficelle ou un amas de vers de terre ou d'intestin de poulet inclus dans le scrotum, autant de signes qu'on ne rencontre jamais dans l'hématocèle du cordon.

Enfin, sur le cordon spermatique, peuvent se développer des tumeurs de toute nature, des *lipomes*, des *fibromes*, des *myxomes*, des *sarcomes*, des *carcinomes*. Ces affections débutent le plus souvent dans le testicule et ne se développent sur le cordon que secondairement. Cette particularité permettra de ne pas les confondre avec une hématocèle funiculaire.

D'autres affections parfois sont d'un diagnostic difficile et font naître de nombreuses hésitations. Nous voulons parler des *kystes de l'épididyme*, de l'*hydrocèle* et de l'*hématocèle de la tunique vaginale*.

Les kystes de l'épididyme qui se développent aux dépens d'un débris persistant du corps de Wolf, sont tantôt petits comme un pois, tantôt atteignent le volume d'une noix. La tumeur coiffe le testicule ; elle est souvent douloureuse. Mais le kyste est translucide. Il évolue lentement, adhère au testicule et se meut avec lui ; autant de caractères qui n'appartiennent pas à l'hématocèle funiculaire.

L'hydrocèle de la tunique vaginale a de nombreux caractères communs avec l'hématocèle du cordon. Comme l'hématocèle, l'hydrocèle se présente sous la forme d'une tumeur piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, régulière, lisse, élastique, fluctuante, irréductible par la pression. Mais la marche de l'hydrocèle est essentiellement lente et chronique. Elle est indolore à la pression transparente, se développe de bas en haut, tandis que l'hématocèle se développe de haut en bas.

Mais quelquefois la collection peut être considérable, pénétrer dans l'intérieur du trajet inguinal, en arrivant jusqu'à son orifice interne, qu'elle franchit dans des cas exceptionnels ; elle a alors un aspect bilobé et constitue cette variété d'hydrocèle décrite par Béraud sous le nom d'hydrocèle en bissac. Si la tumeur n'est pas transparente, le diagnostic sera difficile, et le début et la marche de l'affection feront seuls connaître sa nature.

Le diagnostic entre l'hématocèle de la tunique vaginale et l'hématocèle funiculaire présente parfois de sérieuses difficultés. Un homme a reçu un traumatisme qui a atteint la région du cordon, et subitement une tumeur sanguine s'est formée. L'épanchement s'est-il fait dans la gaine du cordon ou dans la tunique vaginale ? La gaine du cordon est-elle saine, ou bien après qu'elle a été rompue le sang est-il arrivé dans la tunique vaginale ? Autant de questions qui dans la plupart des cas restent sans réponse.

L'hématocèle spontanée de la tunique vaginale se reconnaît plus facilement. Tantôt elle succède à une

hydrocèle et alors la transparence primitive de la tumeur en indique la nature, tantôt elle se développe d'emblée, mais alors d'une manière lente et insidieuse ce qui permet d'être une confusion.

Le diagnostic de l'hématocèle du cordon est donc quelquefois difficile et on s'explique que diverses circonstances l'aient fait confondre avec d'autres d'affections et en particulier avec des hernies épiploïques étranglées. « C'est qu'en effet, il n'y a pas de signes distinctifs. Sans doute la recherche des commémoratifs, et l'appréciation scientifique de tous les symptômes doivent arriver à préciser la nature du mal. Mais il faut bien admettre qu'en présence d'un tableau clinique commun à deux affections, dont l'une est très fréquente, et l'autre exceptionnelle, le chirurgien néglige souvent celle-ci pour ne songer qu'à celle-là. (Bauby, *Midi médical*, 1893). »

TRAITEMENT

D'après Pott, lorsque le diagnostic de l'hématocèle du cordon est certain, si le sang extravasé ne se résorbe pas, le seul remède consisterait à ouvrir la tumeur dans toute sa longueur. Si le vaisseau est petit et la rupture peu considérable, la compression et les styptiques suffiraient à arrêter l'hémorrhagie, sinon on aurait recours à une ligature. On doit conserver le testicule, si cette ligature peut se faire isolément ; mais s'il est nécessaire de comprendre tout le cordon spermatique dans la ligature, il faut, dit Pott, que le testicule soit extirpé.

Se conformant à cette règle, Pott fit la castration à un malade atteint d'hématocèle du cordon (Observation II).

Il est certain que de nos jours une thérapeutique aussi radicale doit être rejetée, et l'on a peine à comprendre que Pott, à qui l'on doit la notion étiologique de l'hématocèle funiculaire, ait proposé, contre elle, le traitement le plus rigoureux.

Quelle conduite devra-t-on tenir en présence d'une hématocèle du cordon ? On devra, dit Daniel Mollière, dans l'article : Voies spermatiques, du *Dictionnaire*

encyclopédique des sciences médicales, « attendre en condamnant le malade à un repos absolu, couvrir la région de compresses imbibées d'eau froide, ou d'eau blanche laudanisée pendant les premiers jours ; envelopper les parties dans du coton et du taffetas ciré les jours suivants, pour obtenir une abondante sudation, telle est la règle à suivre dans la plupart des cas, telle est la règle fixée par la plupart des auteurs. » C'est cette méthode, modifiée suivant les circonstances, qui a été le plus souvent appliquée et les malades ont guéri. Les choses se passèrent ainsi pour divers cas d'hématocèles rapportés dans nos observations et, en particulier, pour notre homme de l'observation XII.

C'est ainsi qu'on devra agir chaque fois que l'hématocèle du cordon sera diagnostiquée avec certitude. Mais nous savons que parfois le diagnostic de l'hématocèle funiculaire est incertain, que cette affection s'accompagne de phénomènes paraissant graves et qui peuvent la faire confondre avec une hernie étranglée. Quelle sera alors la conduite du chirurgien ? Il devra se comporter comme s'il avait affaire à une hernie étranglée. Pour ces raisons, le taxis, qui n'est pas encore discrédité comme il le mérite, devra être absolument rejeté. Dans le but d'affirmer le diagnostic, les purgatifs ne devront être administrés qu'avec une extrême prudence, parce qu'on pourrait aggraver l'état du malade si celui-ci était véritablement atteint de hernie étranglée. On ouvrira donc la tumeur, et si l'on se trouve en présence d'une hématocèle du cordon, on ira à la recherche de la source de l'hémorrhagie et, après avoir lié le vaisseau qui donne du

sang, la plaie sera aussitôt refermée. Dans bien des cas, une ligature ne sera pas nécessaire.

On pourrait nous objecter qu'en adoptant et en appliquant systématiquement cette méthode, nous nous exposons à faire inutilement subir une opération à des malades qui n'ont pas de hernie, alors que ceux-ci auraient pu guérir, sans intervention sanglante, si nous avions attendu. Par malheur, dans les cas douteux, on ne doit pas attendre, et à cause de l'incertitude où on se trouve, on doit opérer, parce que tout retard pourrait être fort préjudiciable au malade, si celui-ci avait une épiplocèle étranglée.

Notre premier maître, M. le professeur Jeannel, nous a enseigné que le chirgrgien ne doit pas abandonner le malade tant que la hernie n'est pas rentrée. Aussi en présence d'un malade atteint d'une hématocèle funiculaire qu'on avait prise tout d'abord pour une hernie étranglée, nous pensons que ce n'est pas une faute d'intervenir, car, grâce à la bégnité des opérations aseptiques, on fait courir au malade un bien petit danger.

CONCLUSIONS

I. — L'hématocèle funiculaire est l'épanchement sanguin, provenant des vaisseaux spermatiques, et collecté dans la gaine commune du cordon non rompue.

II. — Les hématocèles funiculaires consécutives à un traumatisme peuvent être produites par la rupture d'une artère. Les hématocèles funiculaires par effort reconnaissent pour cause la rupture des veines du cordon spermatique.

III. — L'hématocèle funiculaire, affection rare, peut être confondue avec un grand nombre de maladies et surtout avec la hernie épiploïque.

IV. — Quand le diagnostic entre l'hématocèle et la hernie épiploïque est incertain, on devra se conduire comme si on avait affaire à cette dernière affection.

V. — Une erreur de diagnostic a une petite importance, car le même traitement peut convenir aux deux affections.

VI. — On peut se demander si dans l'état actuel de la science, il ne serait pas préférable d'opérer des hématocèles funiculaires bien diagnostiquées, au lieu d'attendre la résorption spontanée de l'épanchement sanguin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baseil. De l'hématome du scrotum, Thèse de Nancy, 1890.

Bauby. Hématocèle funiculaire par effort. (*Midi médical*, mars 1893).

Béraud. - *Archives générales de médecine*, t. XXV, p. 299, 1851.

Bouisson. Tribut à la chirurgie, t II, p. 144, 1861.

Cousin. Des inflammations en masse du cordon spermatique. Thèse de Paris 1887.

Curling. Maladies du testicule. Traduites par Gosselin, 1857, p. 270.

Escalier. — Inflammations et suppurations du varicocèle. Mémoires de la Société de chirurgie, t. II, 1851.

Follin et Duplay. — Pathologie externe. Maladies du cordon spermatique, t. VII, fasc. 2, 1874-1888.

Jamain. — De l'hématocèle du scrotum. Thèse d'agrégation, 1837.

Kocher. - (*In* Pitha et Bilroth). Handbuch der allgemeinen und speciellen. (Chir., t. III, p. 43, 1871).

Le Dran. — Traité pratique des opérations de chirurgie. Paris, 1742, p. 48 et suiv.

Monod et Terrillon. Maladies du testicule et de ses annexes. 1899.

Mollière. — Article voies spermatiques (*In* dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

Percival Pott. — Œuvres chirurgicales. Traduites par M..., 1777.

Malgaigne. — Des tumeurs du cordon spermatique. Thèse d'agrégation, 1848.

Quénu. — Maladies des veines (*In* Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, 2e édition, p. 174, 1899).

Reclus. — Affections du cordon spermatique et des vésicules sémi-

nales (*In* Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, 2e édition, t. VII, p. 1207, 1899).

Rehn. - Centralblatt fur chirurgie, 1885, p. 160.

Schwartz. - *Encyclopépie internationale de chirurgie*, t. VII, p. 544, 1889.

Ziegler. — (Lehrbruck-uber patholog. anatomie). Traduit par Augier, 1892.

Revue des sciences médicales, dirigée par Hayem, t. VI, 1875, p. 281.

Vu : *Le Président de la thèse,*

Toulouse, le 12 mars 1901.

Dr JEANNEL

Vu : *Le Doyen,*

CAUBET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 15 mars 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

PERROUD